Rok XXXIV. Kraków 24. Sierpnia 1895 r. Nr. 34

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy [illegible] Nr. [illegible] Telefon Nr. [illegible]

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium [illegible].

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 86.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 31, rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmuje: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 31, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. [illegible]

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer [illegible] kosztuje 20 [illegible]

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O leczeniu radykalnem przepuklin pachwinowych, wolnych u dzieci.

Rzecz miana na Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w dniu 18. Lipca 1895. r.

Przez

Doc. chir. Dra **Aleksandra Bossowskiego**.

Operacya radykalna przepuklin wolnych u osób dorosłych zdobyła sobie już dzisiaj takie stanowisko w chirurgii operacyjnej, że odosobnione przypadki, kończące się nawrotem, lub co rzadziej, zejściem śmiertelnem, nie zdołają więcej zachwiać przekonania, ugruntowanego na istotnej potrzebie i korzyści wypływającej z udałego zabiegu. Zasadniczo też przyznać trzeba słuszność zdaniu, wypowiedzianemu przez Delorma[1]), że każda przepuklina u dorosłych, świeższa, czy starsza, nawet gdy łatwo pozwala się odprowadzić i paskiem podtrzymać, wymaga operacyi radykalnej.

Jeżeli więc kwestya operacyjna przepuklin wolnych u osób dorosłych jedynie tylko pod względem wyboru i doskonalenia metody radykalnej pobudza jeszcze do dalszych prób i spostrzeżeń, to sprawa leczenia przepuklin u dzieci dotąd nie została dość jasno sformułowana i stanowi zawsze jeszcze pole sporne, o które walczy z jednej strony wiekami uświęcony konserwatyzm, z drugiej zaś z postępem i rozwojem całej nauki chirurgii coraz to dalsze ogarniający tereny prąd operacyjny.

Przeważna część rozpraw i sprawozdań pisanych do r. 1890 włącznie na temat zabiegu radykalnego przepuklin, jak prace: Anderegga[2]) z kliniki bazylejskiej Socina, Haidentalera[3]) osnuta na materyale kliniki Billrotha, Woltera[1]) oparta na przypadkach z oddziału chirurgicznego Schedego w Hamburgu, wyklucza w ogólności dzieci w pierwszych latach życia od operacyi radykalnej, dopuszczając tylko w wyjątkowych razach drogę krwawą, jako krok zanadto śmiały i ryzykowny. Szereg więc całych stuleci, strawionych w pogoni za zdobyciem pewnej i trwale skutecznej metody radykalnego zabiegu nie przyniósł zmian wybitniejszych w poglądach, skoro porównamy wnioski wyżej wspomnianych autorów z wskazaniami, jakie postawił Celsus dla operacyj przepuklin w księgach swych o medycynie.

I on zarówno zwraca uwagę na znaczenie i wartość operacyi doszczętnej w wieku młodzieńczym i średnim, zalecając natomiast u chłopców bardzo małych noszenie paska przepuklinowego, godzi się zaś na wykonanie zabiegu krwawego z wycięciem worka przepuklinowego i zaoszczędzeniem jądra u chłopców starszych.

Wpływ i przewrót, jaki wywarło *bracherium* elastyczne Campera w ubiegłym wieku w leczeniu chirurgicznem przepuklin wolnych, zaważył najdłużej na świecie dziecinnym, gdzie też niezawodnie skutek jego objawił się najwydatniej. A lubo z rozwojem techniki operacyjnej, jakoteż udoskonaleniem sposobu traktowania ran, obniżał się coraz to więcej procent zaburzeń pooperacyjnych u osób dorosłych, niewzruszoną była czas długi pewna granica wieku młodocianego, od której dopiero zabieg krwawy, radykalny mógł znaleść uprawnienie. Po Malgaignie, który do 35 r. życia oczekuje jeszcze skutków z leczenia konserwatywnego przepuklin, skraca się za Nussbauma termin ten do lat 20, przez Bergera opada do lat 15, a Rothmund naznacza 7. rok życia, jako linię graniczną pomiędzy drogą konserwatywną a zabiegiem krwawym. Anderegg-Socin świadom korzyści wczesnego operowania

[1]) Remarque sur une premiere série i t. d. Archiv. de med. et de pharm. milit. 1894. Nr. 6.

[2]) Die Radicaloperation der Hernien. Deutsche Ztschrft für Chir. T. XXIV. Z. III.

[3]) Die Radicaloperationen der Hernien. Langenb. Arch. T. XI.

[1]) Volkmann's klin. Vorträge. Nr. 360.

przepuklin wolnych rozstrząsa teoretycznie zyski i straty, z wyczekiwania przedoperacyjnego płynące i określa moment właściwy dla operacyi radykalnej na czas między 5. a 10. rokiem życia. Wolter-Schede, znacząc z naciskiem, że prognoza ostatecznych wyników operacyi radykalnej u dzieci jest nader pomyślna, utrzymuje granicę 7 lat, wskazaną przez Rothmunda a nawet przez zalecanie po tym czasie na krótko *brackerium* ostrożnie ją przedłuża.

To też pomimo odosobnionych przypadków, w których operacya radykalna uwieńczona została dobrym wynikiem u dzieci w pierwszych latach życia, jako norma postępowania w leczeniu przepuklin dziecięcych utrzymuje się aż do początku bieżącego dziesiątka lat leczenie paliatywne z użyciem paska przepuklinowego a do nielicznych tylko wyjątków należą zabiegi operacyjne, podjęte jedynie wtedy przed terminem usankcyonowanym, gdy przepuklina pod normę paliatywną w żaden sposób podciągnąć się nie dała. Ogółem liczba ich z okresu do 5. roku życia dzieci dochodzi zaledwie cyfry 50 przypadków, opisanych przez różnych autorów.

Znaczniejszą liczbę dzieci operowanych między 1. a 5. rokiem życia wykazuje w r. 1890. Bassini, który w szeregu 251 operacyj radykalnych, własną metodą wykonanych, zamieścił 15 przypadków przepuklin pachwinowych, nieuwięzłych u dzieci, z których 14 miało wynik zupełnie pomyślny zarówno co do przebiegu pooperacyjnego, jakoteż celu przez operacyę zamierzonego; w jednym skutkiem choroby niezależnej od operacyi wróciła po pewnym czasie przepuklina.

Pierwszy Karewski w r. 1891 zwrócił uwagę na leczenie operacyjne przepuklin w pierwszych latach życia, opierając się na własnych 9 przypadkach przepuklin pachwinowych u dzieci od 7 miesięcy do $2^1/_2$ lat liczących, w których uzyskał zupełne wyleczenie z pomyślnym przebiegiem pooperacyjnym. Pierwszy też wykazał Karewski, że obawy zaburzeń w ranie operacyjnej tak często przez poprzedników jego szerzone są nieuzasadnione, jeśli tylko przestrzega się ściśle prawideł antyseptyki i aseptyki i czuwa następnie troskliwie nad gojeniem się rany operacyjnej. Aby stworzyć jak najprostsze stósunki do gojenia, unikał Karewski starannie silniejszego ugniecenia i napięcia tkanek u dzieci i prócz oddzielenia i odcięcia w szyi worka przepuklinowego, wyrzekł się szwu na bramę przepuklinową a jamę powstałą po wyłuszczeniu worka otrzewny tamponował w całej długości gazą jodoformową na przeciąg 24 godzin, zamykając szwem ranę w skórze prócz dolnego kąta, którędy wyprowadził końnice tamponu. Opatrunek jodoformowy z grubym pokładem waty, zmieniany codziennie, zabezpieczał ranę dostatecznie od następowego zakażenia.

Sposób, w jaki postępował Karewski w zabiegu radykalnym przepuklin pachwinowych u dzieci, prawdziwie pierwotny z powodu grozy znanych mu z opisów powikłań przyrannych, uważa on jednak za dostateczny pod względem doszczętnego zniesienia przepukliny, polegając na tem, że z chwilą opróżnienia kanału pachwinowego nastaje ściągnięcie się elastyczne wewnętrznego pierścienia a to łącznie z wytwarzaniem się coraz więcej skośnego przebiegu kanału w miarę wzrostu ciała wystarcza w zupełności do uchylenia nawrotu przepukliny pachwinowej. Nie wdając się na razie w krytykę tego postępowania, przyznać należy Karewskiemu zasługę niemałą, że pierwszy przełamał niechęć i uprzedzenie do leczenia operacyjnego przepuklin u dzieci w pierwszych latach życia, zagrożonych temi samemi następstwami, jak przepukliny u osób dorosłych, a skazanych dotąd wyłącznie na bierne wyczekiwanie odpowiedniego do operacyi terminu, chociażby leczenie konserwatywne albo wprost niemożebne, lub pozbawione było wszelkiej nadziei skuteczności. Odtąd też mnożą się doniesienia i sprawozdania, tyczące się już to wyłącznie przepuklin wieku dziecięcego, jak 12 przypadków z pomyślnym wynikiem operowanych przez Bayera metodą radykalną Czernego, 2 przypadki Phocasa u dziecka 4 i 15 miesięcznego, 5 zabiegów radykalnych Szumana, z których pierwszy wcześniejszy, niż przypadki Karewskiego już z roku 1887, podobnie, jak i 4 następne uwieńczony zupełnem powodzeniem, Drobnika i wielu innych, już też w pośród statystyk zawierających całe szeregi operacyj radykalnych, jak Nicoladoniego, Küstera. Kochera mieszczą się opisy przypadków operowanych w wieku wczesnym dzieci. Również rozprawy pisane w kwestyi leczenia doszczętnego przepuklin, jak Lucasa Championniera, wreszcie i dzieła naukowe, jak Königa Chir. szczegółowa, wydanie VI. i Chirurgia Tillmannsa zaliczają odtąd operacye radykalne u dzieci w pierwszych latach życia do zabiegów, które są w razie bezskuteczności postępowania konserwatywnego zupełnie usprawiedliwione.

Na osobną wzmiankę zasługuje artykuł Gordona z r. 1894, który skreślił działalność Broki w szpitalu dziecięcym Trousseau w Paryżu pod względem zabiegów radykalnych przepuklin pachwinowych u dzieci. Na 250 wykonanych przez Brokę operacyj radykalnych przypada 76 na dzieci do 5. roku życia, liczba tem więcej uderzająca, że z okresu dwóch lat tylko zebrana. Wyniki operacyjne Broki pod względem przebiegu gojenia nie pozostawiały nic do życzenia, bo w 249 razach osiągnięto rychłozrost rany, w 1 tylko przypadku wystąpiło ropienie i tu też przyszło do nawrotu przepukliny.

Sposób operowania zasadzał się na wyłuszczeniu, podwiązaniu i odcięciu worka, rozwarty w całej długości przy operacyi kanał pachwinowy łączono szwem materacowym, ranę skórną zamykano szczelnie bez osączania i pokrywano ją opatrunkiem suchym z aseptycznej gazy. Wyniki ostateczne, oceniane wprawdzie po niezbyt długim przeciągu czasu (bo w kilku tylko przypadkach po upływie 2 lat, w innych wcześniej), okazały się zupełnie pomyślne, w przypadkach skontrolowanych stwierdzono bowiem doszczętne usunięcie przepukliny.

W literaturze polskiej nie znalazłem w sprawie leczenia operacyjnego przepuklin u dzieci żadnych spostrzeżeń z lat ostatnich i ta okoliczność właśnie skłoniła mnie do zabrania w tej kwestyi głosu na tegorocznym Zjeździe chirurgów polskich, aby zarówno podzielić się własnemi spostrzeżeniami, jakoteż usłyszeć zdanie tu obecnych. Kwestya operacyjnego leczenia przepuklin u dzieci wprawdzie, jak wykazałem, toruje sobie coraz dalsze drogi, nie stała się jednak dotąd dobrem powszechnem; to też każdy przyczynek w tej sprawie dorzucony pożądanym mi się wydaje.

Materyał, z którego korzystałem, zawdzięczam życzliwości prof. Obalińskiego i za odstąpienie mi go wyrażam Mu na tem miejscu szczere podziękowanie. W przeciągu 2 lat zgromadziłem dziesięć przypadków przepuklin pachwinowych u chłopców, z których najmłodszy liczył rok, pięciu od

1—3 lat, dwóch do 5 lat życia, dwóch wreszcie wyżej lat 5 do 7. W części były to przepukliny mosznowe, podtrzymywane paskiem, częścią nie leczone dotąd wcale a rozmiary ich różne, począwszy od wielkości jaja gęsiego aż do wielkości głowy dziecka. Pewna ich część sięgała początkiem swym pierwszych chwil życia; inne dostrzeżono dopiero w czas jakiś po urodzeniu. Materyał rekrutowany z klasy wieśniaczej, z wyjątkiem 2-letniego Izraelity z okazałą przepukliną, nie dającą się utrzymać pod paskiem przepuklinowym, nie przedstawiał zresztą żadnych uwagi godnych okoliczności; dodam tylko to jedno, że prócz najmłodszych kilku chłopców, których przyjęto do szpitala wraz z matką, reszta ograniczona była do tej jedynie opieki, jaką dać może w ogóle szpital duży, urządzony w sposób odpowiedni dla potrzeb osób dorosłych.

Operacyę radykalną wykonano w 8 przypadkach sposobem typowym Bassiniego, u 2 chłopców zastosowano metodę opisaną przez Kramera a polegającą na częściowem tylko wyłuszczeniu worka przepuklinowego. Treścią przepuklin było jelito cienkie w jednej lub kilku pętlach wolnych, lub pozrastałych z workiem i jądrem; w ostatnim przypadku znalazłem po otwarciu worka przepuklinowego u chłopca $2^1/_2$ letniego z miernej wielkości przepukliną mosznową, jelito ślepe z wyrostkiem robaczkowym i jak w tych razach zwykle bywa, worek przepuklinowy, surowiczy niezupełnie okrywał jelito. Zresztą zgodnie z innymi autorami spostrzegaliśmy, że worek przepuklinowy był zazwyczaj cienki, sznurek nasienny płaski, na szerokiej przestrzeni do worka surowiczego przylegający tak, że oddzielenie go od worka przedstawiało nieco więcej trudności, niż u osób dorosłych. W jednym przypadku, gdzie w przepuklinie, dochodzącej wielkością głowy dziecka, silne zrosty łączyły worek z otoczeniem, skutkiem czego oddzielenie sznura i jądra niemałe przedstawiało trudności, okazała się potrzeba równoczesnego wytrzebienia jądra.

Ranę operacyjną łączono szwem bez zakładania tamponów ani sączków w moszna, pozostawiając jedynie dolny kąt rany otworem. Opatrunek składał się z gazy sterylizowanej, którą w kilku pokładach wprost na ranie oklejano kollodyonem.

Przebieg gojenia we wszystkich przypadkach odbył się prawidłowo, bez żadnych zaburzeń, które jak groźne widmo ciążyły w dawniejszych czasach nad operacyą radykalną przepukliny u dzieci.

Podobnie, jak ze spostrzeżeń innych wynika, spotykaliśmy u przeważnej liczby operowanych obrzęk moszen mniej lub więcej wybitny, jako następstwo wyłuszczenia worka przepuklinowego, który zwolna sam przez się ulegał wessaniu, nie sprowadzając w rychłym zroście rany operacyjnej żadnej szkody. Wyniki pod względem doszczętnego uchylenia przepukliny, o ile krótki czas obserwacyi dotąd wnosić pozwala, osiągnięto w zupełności a przypuszczać się godzi, że będą one w przyszłości nie mniej dobre, jak to było w przypadkach innych autorów, gdzie zabieg radykalny ograniczał się jedynie do wyłuszczenia i odcięcia worka przepuklinowego.

(Dokończenie nastąpi).

II. O nagłej śmierci.

Napisał

Dr. Edward Piotrowski,

asystent katedry medycyny sądowej w Uniw. Jagiell.

(Dokończenie. Patrz Nr. 33).

Z kolei przychodzi mi pomówić o śmierci nagłej skutkiem li tylko zmian chorobowych. Wiemy dobrze, jak często nieraz choroby zakaźne takie, jak tyfus, zapalenie płuc żadnym przypadem na zewnątrz się nie objawiają, co szczególniej zdarza się u pijaków, gdy w tem nagle człowiek taki zapada, umiera a sekcya wykazuje u niego ciężką chorobę. Vibert u zmarłego nagle w aresztach mężczyzny, przytrzymanego za pijaństwo, znalazł zapalenie płuc dławcowe, w drugim podobnym przypadku zapalenie otrzewny. Vilcox (*Friedreich's Bl. für ger. Med.* 1892.) znalazł u pewnego klowna, zmarłego nagle podczas przedstawienia, gruzełki w mózgu. Wachholz opisał przypadek śmierci nagłej mężczyzny uderzonego szafelką w podbrzusze. Przy śmierci znalazł zapalenie otrzewny przynajmniej od kilku dni trwające. Dalej znamy cały szereg chorób, jak cholerę, tężec, wąglik, które również często są przyczyną śmierci nagłej; w tych to przypadkach śmierć nagła pochodzi najczęściej z zatrucia toksynami.

W ostatnich szczególniej latach przydarzały się we Wiedniu dość często przypadki zatrucia rybami, kiełbasami, szynkami a rozchodzi się tu o zatrucie ptomainami. Haberda (*Zeitschrift für ger. Med.* 1893.) opisał 12 przypadków na tem tle otrucia, podobnie Roth (*Viertel. für ger. Med.* 1893.) podaje wiadomość o otruciu całej rodziny szynką. Zatrucia ptomainami spotykamy również po porodzie, w czerwonce, na tle rozpadu nowotworów w organach, gdzie jest wolny przypływ powietrza.

Nie można też pominąć przypadków śmierci nagłej z otrucia leukomainami. W 1894 r. sekcyonowałem zwłoki zmarłego nagle ogrodnika z Krakowa w *coma diabeticum.* Sekcya nic nie wykazała, bo nawet cukru w moczu, który podczas *coma* znika, nie znalazłem a badanie mikroskopowe narządów nie dało mi żadnych dodatnich rezultatów. Drugi przypadek widziałem u osoby z zakładu obłąkanych, zmarłej nagle podczas modlitwy. Za życia rozpoznawano z powodu napadów podobnych do padaczki padaczkę; sekcya zaś wykazała zwyrodnienie torbielkowate nerek bardzo znacznego stopnia a za przyczynę śmierci uważano mocznicę, która prawdopodobnie była również przyczyną owych nietypowych napadów drgawkowych. Śmierć nagłą podczas eklampsyi też mocznicy przypisać należy. Wreszcie muszę nadmienić, że wiele trucizn wywołać jest w stanie śmierć nagłą. Gwałtowną taką trucizną jest sinek potasu. Przy tej sposobności nadmienić muszę, że jest wiele trucizn, które jeżeli odrazu nie zabiją, chorobami następowemi mogą się przyczynić do zejścia gwałtownego. Zapamiętać trzeba n. p. przypadki Goelchena (*Virchow's Archiv* CXII.), Koliski, Kahlera, Hofmanna nekrozy symetrycznej w *corpus striatum* na tle przebytego zaczadzenia. Próba spektralna krwi zazwyczaj wtedy nic nie wykazuje. Sam będąc w Wiedniu widziałem podobny przypadek, gdzie Hofmann już z wejrzenia tych ognisk rozpoznał sprawę, którą potem śledztwo potwierdziło. A ileż jest przy-

padków zagadkowych nagłej śmierci na tle otrucia n. p. obiciami, na które zwrócił uwagę Rossbach (*Tod durch arsenhaltige Tapeten*), w fabrykach mających do czynienia z ołowiem, miedzią, fosforem, lub karbolem, przy fałszowaniu wanilii, na co zwrócił uwagę Blaschko (*Ueber die Ursache der Vergiftung mit Vanilleis* 1894.), przy gotowaniu w miedzianych niepobielanych naczyniach, podczas narkozy chloroformowej, przy której według Kundrata (*Zur Kenntnis des Chloroformtodes. Wiener klin. Woch.* 1895.) zatrucia zdarzają się szczególniej u osób limfatycznych, skrofulicznych, z niedostatecznym rozwojem naczyń.

Śmierć nagłą spotykamy również po zadziałaniu na ustrój wysokiej ciepłoty. Pominę tu przypadki nie nasuwające przy sekcyi żadnej trudności w rozpoznaniu, wspomnę tylko o pracy Fraenkla. (*Deutsche med. Woch.* 1889.): *O zmianach anatomicznych w przypadkach rychłej śmierci po rozległych oparzeniach*, który odrzuca zapatrywania Sonnenburga o zbytniem ogrzaniu krwi z następowem porażeniem serca lub zmniejszeniem napięcia naczyniowego z następowym zapadem a przyjmuje teoryą Ponficka, który przypuszcza rozpad ciałek krwi, dostanie się ich szczątków do narządów wewnętrznych, przyczem przychodzi do zatkania przewodzików w nerkach i wątrobie. Wobec tych zmian wcale dziwić się nie można śmierci nagłej. Będąc przy tego rodzaju śmierci choć kilka słów nadmienię o udarze słonecznym i rażeniu piorunem.

Udar słoneczny, według Jakubascha (*Sonnenstich und Hitzschlag. Wien* 1881.) ma sprawiać podwyższenie się ciepłoty krwi, lub też przez wielką utratę wody z ustroju jej zagęszczenie. Dittrich (*Zeitschrift fur Heilkunde* 1893.) opisał 12 przypadków śmierci nagłej skutkiem udaru. W przypadkach tych zawsze znajdywał wybroczyny na osierdziu, oponach i błonach śluzowych. Zawsze jednak znachodził zmiany w sercu, które uważał za okoliczność usposabiającą do udarów.

Rażenie piorunem zdarza się bardzo często w porze letniej a nieraz i w fabrykach, w których mają do czynienia z elektrycznością. Grange (*Annales d'hygiène publ.* XIII.) opisał dwa przypadki śmierci nagłej mężczyzn, którzy przypadkowo dostali się między druty przeprowadzające prąd w ogrodzie tuileryjskim. Podobne przypadki śmierci od elektryczności opisali Friedinger (*Wiener klin. Wochenschrift.* 1891.) i Hofmann. W Ameryce używają prądu elektrycznego do pozbawienia życia skazanych, o czem nadmienia Donald (*Virchov's Jahresb.* 1892.). Nieraz i w celu samobójczym użyto prądu elektrycznego, jak o tem świadczy przypadek opisany przez Biranda. Śmierć zazwyczaj nastaje przez nagłe ustanie czynności serca i płuc, prawdopodobnie skutkiem zadziałania prądu na ośrodki nerwowe. Do podobnego rezultatu doszedł również Haberda w swej pracy. (*Ein Fall von Tödtung durch Blitzschlag. Wien. klin. Woch.* 1891.), przyczem nadmienia, że figury, które na ciele zmarłych wskutek uderzenia piorunem znachodzimy, pochodzą z porażenia nerwów naczynioruchowych.

Śmierć nagła może również powstać skutkiem zimna. Zdaniem Ponchera zimno, podobnie jak ciepło, działać ma na krew i być przyczyną zniszczenia ciałek krwi. Inaczej się zapatruje Crecchio (*Della morte pel freddo.* 1866.), który przypisuje wielkie znaczenie działaniu zimna na nerwy, lub Horwath (*Beiträge zur Wärme-Inanition.* 1870.), którego zdaniem zimno działa na mięśnie.

Oddawna wiadomo, że nagłe a niespodziewane wrażenia psychiczne mogą zwłaszcza u osób nerwowych wywołać nietylko różne stany chorobowe, ale nawet i śmierć nagłą. Znane są wszystkim przypadki z historyi, o których już Zachias w tomie I. pisał, nagłej śmierci skutkiem gwałtownej radości lub strachu. I tak Sofokles zmarł nagle z radości na wiadomość, że jego tragedya nagrodą uwieńczona została. Ambroży Paré, lekarz, podaje, że słynny anatom Vesal zmarł nagle ze strachu, podczas sekcyi swej żony, gdy spostrzegł, że serce jej bije. Chirurdzy lub położnicy dobrze znają owe przypadki, gdy nagle przed operacyą ze strachu chorzy umierają a Vibert (*Un cas de mort determiné par un simple cathétérisme du col utérin durant* i t. d. *Annales d'hyg.* 1890.) opisał ciekawy przypadek śmierci nagłej kobiety ciężarnej, której akuszerka w celu spędzenia płodu chciała urządzić wstrzykiwanie do macicy. Ledwo jednak kaniulę założyła do szyjki macicznej i nawet jeszcze nie wstrzyknęła, ze strachu śmierć nastąpiła. Vibert, który zainteresował się tym przypadkiem niezmiernie, przerobił cały szereg doświadczeń u kobiet nieciężarnych, wprowadzając im kaniule do macicy i przekonał się, że przez samo dotknięcie się kaniuli brzegiem ujścia zewnętrznego można często powołać *syncope.* W *Henke's Zeitschrift* 1862., znajduje się opisany przypadek śmierci nagłej stróża nocnego, którego w nocy opadło czterech mężczyzn uzbrojonych dzidami. Bollinger (*Schmidts Jahrb.* 1888.) opisał przypadek śmierci nagłej ze strachu przed wyrokiem u wieśniaka oskarżonego o zabójstwo.

Lindpaitner (*Münchener medic. Wochenschrift.* 1888.) podał przypadek śmierci nagłej u mężczyzny z obawy przed powtórnem utworzeniem się kamienia moczowego. Meckel widział przypadek śmierci nagłej kobiety z przestrachu, zranionej podczas zbierania grochu nadzwyczaj lekko postrzałem. Hofmann (*Handbuch der ger. Med.* 1891.) podaje o pewnym mężczyźnie zmarłym nagle z przestrachu w chwili, gdy podczas spełniania naturalnej potrzeby na ulicy zobaczył nadchodzącego policyanta. Ferrario pisze o zmarłym nagle mężczyźnie podczas przeprawiania się przez rzekę Po, gdy usłyszał strzały patroli. Taylor (*Principles of med. juris prud. I.*) pisze o zasądzeniu chłopca za to, iż przebrawszy się za śmierć, sprowadził nagłą śmierć sąsiada swego wskutek przestrachu. Maschka (*Fried. Bl.* 1857.) podał przypadek śmierci nagłej z przestrachu u chłopca, gdy go kolega chciał uderzyć miotłą.

Co jest właściwą przyczyną śmierci w podobnych przypadkach, pozostaje dotąd zagadką. Hofmann odnosi owe przypadki do wstrząsu, Schauenstein przypisuje przyczynę śmierci porażeniu serca lub sprawom chorobowym w mózgu. Hilles (*Times* 1847.) kładzie wszystko na karb zaburzeń nerwowych. Casper przyznaje się jawnie do niewiadomości a to opierając się na ujemnym wyniku sekcyi. Vibert przypisuje śmierć nagłą w podobnych przypadkach niedokrwności mózgu wskutek wzruszenia. Inni tłómaczą śmierć nagłem podrażnieniem i porażeniem ośrodków psychicznych. Obecnie nie znając właściwej przyczyny, musimy się przedewszystkiem opierać na wywiadach, by przynajmniej w przybliżeniu zwrócić uwagę na to w orzeczeniu. W przypadkach śmierci nagłej, w których sekcya nic nie wykazuje a wywiady nic nie podają, trzeba przez ostrożność poddać treść żołądkową badaniu chemicznemu a gdy to zawiedzie, otwarcie się przyznać do niewiadomości przyczyny zejścia śmiertelnego.

III. Przyczynek do anatomii patologicznej dobrowolnych zwichnięć soczewki do komory przedniej.

Napisał

Dr. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

Wobec tak bardzo nielicznych badań anatomicznych gałek ze zwichnięciem soczewki, podaję tu wyniki badania anatomicznego dwóch takich przypadków.

Pierwszy przypadek. Anna P., lat 22, zasięgała mej rady w Lipcu r. 1888. Zanotowałem wówczas, co następuje: Lewe oko M = 5D, V = $^{20}/_{20}$, zmian żadnych. Prawe oko: M = 10D, V = $^{20}/_{200}$. Rozlane zaćmienie ciała szklanego. *Iris tremulans.* 15. Lipca r. 1893. chora znów się zgłosiła a stan był następujący: Lewe oko M = 6D, V = $^{20}/_{20}$, zmian żadnych. W prawem oku soczewka znajduje się w komorze przedniej, która wypełnia prawie całkowicie; tylko ku górze pozostaje nieprzykrytem pasemko tkanki tęczówki. Przechylenie głowy nie wywołuje żadnej zmiany widocznej w położeniu soczewki. Rogówka i soczewka zupełnie prawie przeźroczyste; w ostatniej spostrzegać się tylko daje bardzo niewyraźna figura gwiaździsta. Zresztą powieki i cała spojówka zupełnie prawidłowe, nastrzyknięcie żył rzęskowych ledwo widoczne. Ucisk śródoczny bardzo zwiększony. Wrażenie światła zupełnie prawidłowe, jednakże ruchów ręki chora wcale już nie mogła odróżniać. Chora utrzymuje, że od czasu ostatniej bytności u mnie wzrok w prawem oku cokolwiek się pogarszał, jednakże do 10. Czerwca 1893. mogła odróżniać większe przedmioty; w tym zaś dniu, wstawszy zrana, dostrzegła rażącą zmianę, nie mogła już wcale prawem okiem poznawać przedmiotów, ku wieczorowi zaś pierwszy raz doznała nadzwyczaj silnych bólów w prawej skroni, które odtąd powtarzały się już codziennie i doszły do tego stopnia, że w ciągu ostatniego tygodnia chora zupełnie prawie nie spała. Ze względu na bardzo silne bóle, znaczny upadek wzroku i rozrzedzone oddawna ciało szklane, nie wahałem się pomiędzy wydobyciem soczewki a wydobyciem gałki, którą to operacyę wykonałem nazajutrz.

Gałkę przechowaną w płynie Müllera rozciąłem w Grudniu roku zeszłego w kierunku południka poziomego i jedną połowę zalałem do celloidyny. Długość osi wynosiła 31 mm., szerokość w obrębie równika 22 mm., na wysokości rąbka zębatego siatkówki 20 mm., podstawa rogówki 9 mm. Brózdy, spostrzeganej zwykle w miejscu połączenia rogówki z białkówką wcale nie ma tak, iż gałka ma kształt zupełnie jajowaty z wierzchołkiem ku przodowi skierowanym. Naczyniówka, jakoteż siatkówka i ciało szklane wszędzie bezpośrednio do siebie przytykają i nigdzie nie są oderwane. Przedewszystkiem wpada w oczy znaczne wydłużenie przedniej połowy gałki; długość wyrostków rzęskowych wraz z obrączką rzęskową (*orbiculus ciliaris*) wynosi 10·5 mm. Przeciwnie komora przednia żadnym zmianom znaczniejszym nie uległa. Podstawa jej wynosi tylko 9 mm. Całą prawie komorę wypełnia zwichnięta soczewka, której przednia powierzchnia przytyka do tylnej powierzchni rogówki. Pozostaje tylko wąska, obwodowa część komory, lecz ta znacznie jest zmniejszona wskutek tego, że obwodowy pas tęczówki przytyka bezpośrednio do tylnej powierzchni rogówki; owa część obwodowa komory jest cokolwiek szersza ku górze. Tęczówka, zupełnie wywrócona za soczewkę obejmuje tylną jej powierzchnię; w tem też miejscu znajduje się źrenica, której średnica wynosi około 5 mm. W całym trakcie jagodówkowym przedewszystkiem wpada w oczy znaczne bardzo zmniejszenie ilości barwika.

Zmiany w poszczególnych częściach oka były następujące:

Grubość rogówki w środku 0·8 mm., w części obwodowej 1 mm. Przybłonek i błona Bowmana zupełnie prawidłowe. Naczynia krwionośne znajdowały się tylko w okolicy rąbka spojówki i tylko w warstwie tkanki łącznej pod przybłonkiem położonej na obszarze 1—2 mm., stanowiły więc one prawidłową końcową sieć pętlową (*Randschlingennetz*); środkowe i wewnętrzne blaszki rogówki wcale nie były unaczynione. Blaszki rogówki były zupełnie prawidłowe i prawidłowo ułożone. Zmiany spostrzegłem dopiero w błonie Descemeta. Grubość jej była prawidłowa, wszakże niepodobna było określić, gdzie się brzeg jej kończył. Wspomniałem już wyżej, że z błoną tą był zrosły pas rzęskowy tęczówki. Zrośnięcie to miało ku górze 1 mm. szerokości, ku dołowi cokolwiek mniej. Otóż w obrębie tego zrośnięcia i w miejscu odpowiadającem przedniemu pierścieniowi granicznemu (*vorderer Grenzring* Schwalbego) znalazłem obfity naciek barwikowy w postaci nie zwykłych komórek barwikowych, lecz odosobnionych ziarenek barwika, który pochodził widocznie od komórek barwikowych przedniej warstwy tęczówki. Bliżej ku środkowi, w miejscu, gdzie tęczówka nie była już zrosłą z rogówką, napotykałem komórki śródbłonka, których granice były bardzo niewyraźne, jądra od roztworu siniawca kampeszowego zabarwiały się bardzo słabo, nadto zawierały one liczne ziarnka barwika, jak również ziarnka substancyi nie barwikowej. Dalej ku przedniemu biegunowi komórek z jądrami wcale już nie było; tylko grupy ziarenek przypominały poprzednie komórki, wreszcie w środkowej części rogówki błona Descemeta zupełnie była obnażoną i przytykała wprost do przedniej torebki, gdyż pomiędzy niemi nie było nie tylko żadnej błony nowopowstałej, lecz nawet warstwy skrzepłej cieczy.

Wspomniałem już, że obwodowa część tęczówki była zrosłą z rogówką; zrośnięcie to wywołało, rzecz prosta, zupełne zniknięcie przestworu Fontany. Część obwodowa komory była wskutek tego znacznie zwężona i przedstawiała się na przekroju w postaci nie zaokrąglonego, lecz bardzo ostrego kąta, utworzonego przez rogówkę i tęczówkę. Bezpośredni związek pomiędzy tęczówką a tylną powierzchnią rogówki i zanik przestworu Fontany tłómaczą obfite złogi barwikowe, powstałe nietylko w przednim pierścieniu granicznym, lecz i dalej w ścianie wewnętrznej przewodu Schlemma, pomiędzy podziurawionemi blaszkami sprężystemi. Komórki śródbłonka żadnym nie ulegały tu zmianom; przy rozdrobnieniu zaś za pomocą igieł łatwo się było przekonać, że chodziło tu również nie o komórki barwikowe, lecz tylko o ziarnka barwika, wyzwolone z komórek. Przewód Schlemma wszędzie był bardzo wyraźny, raczej nawet nieco szerszy, niż zwykle; śródbłonek jego był prawidłowy, kulek krwistych nigdy w nim nie widziałem, natomiast dość często znajdowałem ziarnka barwika.

Soczewka w komorze przedniej jest więcej nieco opadła ku dołowi. Tu mianowicie na przedniej powierzchni wywróconej tęczówki powstał rowek, w którym znajdował się równik soczewki, chociaż wcale nie był z nim zrosły. Szerokość soczewki w kierunku strzałkowym 7·2 mm., grubość 4 mm. Przednia powierzchnia widocznie o wiele mniej jest wypukła, niż tylna; w każdym jednak razie soczewka ma kształt bardziej okrągły. W ostatnich czasach Vossius (*Ueber die operative Behandlung der Myopie. Beiträge zur Augenheilkunde.* Z. XVIII.) zwrócił uwagę na to, że, jak się zdaje, u krótkowidzów soczewka w ogóle ma kształt bardziej okrągły, jednakże już samo oderwanie rąbka Zinna wystarczy, by soczewka, ulegając swej sprężystości, przybrała kształt bardziej kulisty. Torebka soczewki w okolicy bieguna przedniego miała grubości 12 μ, w okolicy tylnego bieguna 6 μ. i była zupełnie prawidłowa. Przybłonek przedniej torebki był zupełnie prawidłowy, przy odosobnieniu komórki posiadały niekiedy wyrostki; włókna soczewki całkiem wypełniały torebkę, nie znalazłem też w nich żadnych zmian. Na torebce nigdy nie widziałem oderwanych włókien obwódki Zinna. Białkówka w tylnej części miała grubości przeszło 1 mm.,

w pobliżu brzegu rogówki tylko 0·4 mm., pomiędzy równikiem a okolicą przyczepienia ścięgien prostych mięśni tylko 0·3 mm. Zmian w niej zresztą żadnych nie było; warstwy były ułożone prawidłowo. Komórki śródbłonka zupełnie dobrze zachowane; tylko komórki błony żółtej (*membrana fusca*) zawierały bardzo mało barwika. Grubość tęczówki obok brzegu rzęskowego wynosiła 0·3 mm., grubość samego brzegu źrenicznego tylko 0·1 mm. Śródbłonka na przedniej powierzchni nie było. W przedniej warstwie granicznej (*vordere Grenzschicht*) pętle siateczki znacznie były szersze, niż zwykle; komórki wszystkie prawie zawierały barwik, lecz w postaci zupełnie prawie odosobnionych ziareczek, komórki limfatyczne były bardzo nieliczne. W warstwie naczyniowej uderzała nadzwyczaj mała ilość naczyń, zwłaszcza mniejszych; natomiast przestwory limfatyczne i w tej warstwie również znacznie były większe. Okrągłych lub nieprawidłowego kształtu komórek barwikowych znalazłem bardzo mało i nadto tylko w przedniej warstwie granicznej; natomiast warstwa naczyniowa weale ich nie zawierała. Brzeg źreniczny był jakby ścięty, ta zaś okoliczność pochodziła li tylko z pewnego zaniku warstwy tęczówki, ze średniego listka zarodkowego powstającej, gdyż sam brzeg źreniczny otaczała dokoła, równie jak w prawidłowej źrenicy, tylna warstwa barwikowa; w niej żadnych zgoła zmian nie znalazłem. Zwieracz źrenicy był zupełnie dobrze zachowany; szerokości miał 0·9 mm., grubości tylko 0·5 mm. W ciele rzęskowem mięsień akomodacyjny dobrze zachowany, długość wynosi 3 mm. Kąt wewnętrzny utworzonego przezeń trójkąta jest bardzo tępy; brakuje zupełnie pęczków kręgowych (mięsień Mullera). Sam mięsień jest nadto znacznie cieńszy i dzieli się na blaszki nietylko w wewnętrznej, lecz nawet w zewnętrznej warstwie. Oczywiście mamy tu przed sobą w wyższym stopniu mięsień akomodacyjny krótkowidza. W podścielisku ciała rzęskowego spotykamy znowu ten sam zanik, który już widzieliśmy w tęczówce; liczba naczyń widocznie zmniejszona, żyły grube o bardzo cienkich ścianach. Komórki limfoidne bardzo rzadkie; z komórek barwikowych okrągłe nigdy się prawie nie napotykają. Nieliczne wrzecionowate i gwiaździste komórki zawierają barwik, lecz tylko w postaci zupełnie odosobnionych, drobnych ziareczek tak, iż przy słabem powiększeniu mają barwę blado-żółtą. Te same zresztą zmiany i w większym jeszcze stopniu znalazłem we właściwej naczyniówce, której grubość w tylnej części wynosiła tylko 0·2 mm.

W błonie nadnaczyniówkowej zawierały blaszki wszędzie zupełnie prawidłowe komórki śródbłonka; natomiast komórek barwikowych weale nie było, lub też zawierały one bardzo nieliczne ziarnka barwikowe, niekiedy po kilkanaście tylko w każdej komórce. We właściwej naczyniówce zwykle napotykaliśmy na przecięciu mniej niż dwie warstwy naczyń o szerokiem świetle, lecz bardzo cienkich ścianach; komórek barwikowych, jakoteż nie zabarwionych pomiędzy naczyniami nigdy prawie nie było. Warstwy naczyń włosowatych na wielu przekrojach weale nie znajdowałem.

Wspomniałem już, że w obrębie tęczówki przybłonek tylnej warstwy barwikowej był prawidłowy. To samo powiedzieć możemy w gruncie rzeczy o całej warstwie przybłonka barwikowego siatkówki. Niebrakowało go zgoła nigdzie; nadto oko było o tyle dobrze zachowane, że wyrostki komórek tworzyły wyraźne pochewki dokoła pręcików i czopków. W jednym tylko względzie dzieliły one los komórek z warstwy średniej zarodkowej powstałych, mianowicie znacznie mniej obfitowały w barwik tak, że barwa ich była nie czarna, lecz ciemnożółta, równie jak komórek barwikowych podścieliska tęczówki, ciała rzęskowego i naczyniówki. Najmniej barwika zawierały komórki przybłonkowe pierścienia rzęskowego i okolicy właściwej siatkówki w pobliżu rąbka zębatego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Po wykonaniu wielu drobnych nacięć na powierzchni macicy i otwarciu w ten sposób jej naczyń, wstrzyknął autor do żyły bakteryę, wyhodowaną z przypadku zapalenia woła. W 24 godzin po tym zabiegu zwierzę padło; przy sekcyi nie można było wprawdzie wykazać zapalenia otrzewny, natomiast znaleziono w jamie brzusznej skrzepy krwi, w których wykazano bakterye. Drugie podobne doświadczenie wykonał autor na pęcherzu moczowym; wystawił narząd ten na działanie powietrza w ciągu $^1/_4$ godziny, ponacinał jego powierzchnię surowiczą oraz wstrzyknął do żyły 3 cm.³ hodowli tej samej bakteryi, co i w poprzedniem doświadczeniu. I tu padło zwierzę w 24 godzin po zabiegu; przy sekcyi okazało się ogólne zapalenie otrzewny.

Ażeby zbadać rolę mechanicznego uszkodzenia, jakie sprowadzają podwiązki przy powstawaniu zapalenia otrzewny, podwiązywał autor macicę i zakażał otrzewnę. W jednej części tych doświadczeń wystawiał powierzchnię surowiczą podwiązanej macicy na działanie powietrza, w drugiej zaś chronił on tę powierzchnię przez polewanie ciepłym fizyologicznym roztworem soli kuchennej; zwierzęta, których macica została wystawiona na działanie powietrza, padały, zwierzęta zaś, których macicę uchroniono od tego działania, wyzdrowiały. U tych zwierząt, u których wystąpiło ropne zapalenie otrzewny, zmiany patologiczne były najsilniejsze w okolicy odżywionego kikuta. Powierzchnia surowicza nieodżywionej części macicy była lśniąca i nie przedstawiała w ogóle żadnych zmian patologicznych. W celu wyjaśnienia tej okoliczności zrobił autor następujące doświadczenia: Po wycięciu macicy pozostawiał u jednych zwierząt w jamie brzusznej kikut nieodżywiony, u innych zaś odżywiony. Kikut ten wystawiał na działanie powietrza przez kwadrans lub też polewał jego powierzchnię również przez kwadrans zimnym roztworem sublimatu 1 : 1000, a następnie wprowadzał do otrzewny jadowitą bakteryę, wyhodowaną z przypadku zapalenia woła. Te zwierzęta, u których kikut był nieodżywiony, znosiły ten zabieg dobrze, u tych zaś, u których kikut był odżywiony, występowało ropne zapalenie otrzewny.

Na podstawie przytoczonych doświadczeń dochodzi autor do następujących wniosków:

1) po wprowadzeniu do jamy brzusznej gronowca ropnego złocistego, nawet po wprowadzeniu kawałków płótna czy wełny, które impregnowano tym drobnoustrojem, ażeby w ten sposób utrudnić jego resorpcyę, nie powstaje zapalenie otrzewny;

2) bez uszkodzenia błony surowiczej otrzewna nie może zostać zakażoną ani przez wprowadzenie bakteryj do krwi, ani do jelita, ani do pochwy;

3) bez poprzedniego uszkodzenia otrzewny nawet wielkie ilości (5 cm.³ czystej hodowli) jadowitych bakteryj chorobotwórczych, wprowadzonych do jamy brzusznej, nie wywołują zapalenia otrzewny;

4) wskutek działania na otrzewnę powietrza lub zimnego roztworu sublimatu, choćby działanie to trwało przez czas dłuższy, nie powstaje nigdy zapalenie otrzewny;

5) gdy po zadziałaniu powietrza na otrzewnę dostaną się do jamy brzusznej bakterye ropne, choćby w niewielkiej ilości, powstaje ropne zapalenie otrzewny;

6) przez polewanie otrzewny ciepłym roztworem fizyologicznym soli kuchennej ochrania się tę błonę od szkodliwego działania powietrza;

7) gdy uchroniono otrzewnę od działania powietrza, zakażenie jamy brzusznej nie sprowadza zapalenia otrzewny;

8) mechaniczne uszkodzenia otrzewny stanowią słabszą predyspozycyę do powstania zapalenia otrzewny, aniżeli uszkodzenia chemiczne, jakie wywołuje działanie powietrza, oraz roztworu sublimatu na tę błonę.

W doświadczeniach Walthard a najciekawsza bodaj i po raz pierwszy doświadczalnie stwierdzona jest okoliczność, że przy zakażeniu otrzewny tak doniosłe znaczenie ma odżywienie tej błony, a mianowicie, że nawet wówczas, gdy wywołano wszystkie stosunki, w których zwykle następuje zakażenie otrzewny, niepodobna go sprowadzić, gdy zakażona część otrzewny jest odciętą od ogólnego krążenia. Sądząc z analogii z innymi znanymi faktami, powinniśmy się spodziewać, że właśnie w tkance odciętej od krążenia, a więc obumierającej lub obumarłej, bakterye będą się rozwijać bardzo szybko i tem łatwiej może nastąpić ogólne zakażenie otrzewny. Tymczasem wynik doświadczeń Walthard a[170]) jest temu wprost przeciwny. Jest jasnem, że bakterye, któremi zakażono podwiązaną część otrzewny, nie mogą zostać wchłonięte przez tę tkankę i tą drogą nie mogą sprowadzić ani zakażenia pozostałej części otrzewny, ani ogólnego zakażenia ustroju. Ażeby działanie tych bakteryj było szkodliwem dla ustroju, musi ono zostać skierowanem przedewszystkiem na prawidłową część otrzewny, przez tę ostatnią zaś, nie pozbawioną własności resorpcyjnych, zostają one wchłaniane i w razie, gdy ilość ich nie jest zbyt wielka, zostają one unieszkodliwione a następnie wydalane z ustroju. Ponieważ w podobnych doświadczeniach podwiązana część otrzewny odgrywa w każdym razie rolę ogniska zakaźnego, pozostała zaś część otrzewny, znajdująca się w stanie fizyologicznym, odbywa swe funkcye, których celem jest w danym razie pokonanie zakaźnych bakteryj i ochrona ustroju przed ich zgubnem działaniem, musimy tłómaczyć sobie wynik doświadczeń Walthard a w ten sposób, że w doświadczeniach tych stosunek między siłą zakaźną z jednej strony, z drugiej zaś siłą resorpcyjną czy ochronną otrzewny został zachowany na korzyść ostatniej; w przeciwnym bowiem razie, t. j. gdyby ilość bakteryj, użytych do zakażenia powierzchni podwiązanej macicy, była większą lub też jadowitość ich znaczniejszą, musiałoby i w tych doświadczeniach, jak to wypada z prac innych autorów, powstać zapalenie otrzewny; gdyby zaś ilość tych bakteryj była jeszcze większą, zwierzęta byłyby padły na zakażenie ogólne.

Ostatnią wreszcie pracą doświadczalną nad zapaleniem otrzewny a mianowicie nad etyologią oraz patogenezą zapalenia otrzewny, powstającego po przedziurawieniu jelita, jest praca Barbacciego[171]).

W pracy tej dochodzi autor wbrew twierdzeniu wielu innych badaczy, zwłaszcza Francuzów, do wniosku, że *bacterium coli commune* nie jest drobnoustrojem, wywołującym zapalenie otrzewny po przedziurawieniu jelita. Obecność tego mikroorganizmu w wysiękach otrzewnowych jest według autora zjawiskiem pośmiertnem. Po wstrzyknięciu *bacterii coli communis* w czystej hodowli nawet w wielkich ilościach do jamy brzusznej psów, nie powstawało zapalenie otrzewny; gdy zaś wprowadzono je do jamy brzusznej w wielkiej ilości fizyologicznego roztworu soli kuchennej lub z substancyami drażniącemi miejscowo, n. p. z filtrowanym i sterylizowanym kałem, powstało zapalenie otrzewny.

Według Barbacciego do powstania zapalenia otrzewny po przedziurawieniu jelita potrzebne są następujące 3 warunki:

1) dostanie się treści oraz gazów jelita do jamy brzusznej;

2) rozmnażanie się bakteryj, które z treścią jelita dostały się do jamy otrzewny;

3) trwanie podrażnienia błony surowiczej w ciągu dłuższego czasu przez działanie coraz to nowych porcyj treści jelita na otrzewnę.

Działanie treści jelita na otrzewnę polega według autora na tem, że wywołuje ona zmiany w błonie surowiczej oraz stanowi dobrą pożywkę dla bakteryj, które dostały się do jamy brzusznej.

Tavel i Lanz[172]) ogłosili w ostatnich czasach 72 kliniczne przypadki zapalenia otrzewny, których rozbiór krytyczny stanowi niejako podstawę do treściwej monografii o etyologii zapalenia otrzewny. Badania bakteryologiczne wysięków otrzewnowych, jakie autorzy dokonywali w tej pracy, zostały przeprowadzone w sposób racyonalniejszy, aniżeli przez innych autorów; badano bowiem te wysięki nie po śmierci chorych, ale za ich życia, podczas operacyi.

Co się tyczy etyologii i patogenezy zapalenia otrzewny, należy według autorów uwzględnić czynniki następujące:

a) przy zapaleniu otrzewny bez przedziurawienia jelita czy innego narządu brzusznego:

1) wrastanie bakteryj do jamy brzusznej z sąsiedniego organu. Dzieje się to n. p. w typowem zapaleniu otrzewny połogowem, w którem paciorkowce przez naczynia limfatyczne dostają się do jamy otrzewny i powstaje w ten sposób zakażenie tej błony *per continuitatem*;

2) przejście bakteryj z sąsiedniego narządu do jamy brzusznej, n. p. z jelita; co się tyczy tego czynnika, co do którego panują wśród badaczy zdania sprzeczne, autorzy własnego zdania nie wypowiadają;

3) dostanie się do jamy brzusznej substancyj chemicznych z sąsiedniego narządu, n. p. przy skręceniu szypuły guzów jajników lub po pęknięciu torbieli jajnikowych.

b) w zapaleniu otrzewny, powstałem po przedziurawieniu narządu uwzględnić należy nadto następujące czynniki:

4) dostanie się do jamy brzusznej substancyj chemicznych, jakoto produktów bakteryjnych, fermentów jelita i ciał powstałych przy ich rozkładzie. Substancye te działają szkodliwie na błonę surowiczą; tkanka otrzewny może pod względem anatomicznym przedstawiać się prawidłowo a jednak być uszkodzona pod względem fizyologicznej funkcyi komórek. Jakkolwiek przez samo zadziałanie tych substancyj na otrzewnę nie powstaje zapalenie otrzewny, wywołują one niejako predyspozycyę otrzewny do stanu zapalnego;

5) dostanie się do jamy brzusznej bakteryj. Autorzy na zasadzie danych klinicznych potwierdzają zdanie Grawitza i innych, według których same bakterye, wprowadzone do jamy brzusznej nawet w wielkich ilościach nie są w stanie wywołać zapalenia otrzewny;

6) dostanie się do jamy brzusznej ciał stałych; według autorów, czynnik ten wzięty sam jeden, nie wystarcza do wywołania zapalenia otrzewny, sprowadza on jednak także predyspozycyę otrzewny do stanu zapalnego.

Według Tavela i Lanza nie wystarcza więc w ogóle żaden z przytoczonych czynników, wzięty z osobna, do wywołania stanu zapalnego otrzewny; mogą one tylko sprowadzać predyspozycyę otrzewny do tego stanu, samo zaś zapalenie może powstać dopiero wówczas, gdy kilka tych czynników skombinuje się razem.

Zastanawiając się nad kwestyą, na czem właściwie owa predyspozycya otrzewny do stanu zapalnego polega, dochodzą autorzy, głównie na podstawie pracy Walthard a[173]) do wniosku, że polega ona nietylko na uszkodzeniu otrzewny, ale na już istniejących zmianach zapalnych w tej błonie, wywołanych przez samo uszkodzenie. Innemi słowy pierwotne zapalenie otrzewny natury bakteryjnej nie istnieje; bakterye mogą rozwinąć swoją działalność w jamie brzusznej dopiero wówczas, gdy istnieją już w tej błonie zmiany zapalne, wywołane przez działanie substancyj chemicznych. Nadto starają się autorzy na zasadzie własnych obserwacyj odpowiedzieć na kilka pytań, tyczących się samej etyologii zapalenia otrzewny.

[170]) Walthard: l. c.
[171]) Barbacci: l. c.
[172]) Tavel und Lanz: l. c.
[173]) Walthard: l. c.

Wyrażają oni przekonanie, że zapalenie otrzewny jest zwykle zakażeniem kilkoma gatunkami bakteryj, w tych zaś tylko przypadkach spotyka się zakażenie jednym gatunkiem, gdy następuje ono drogą naczyń krwionośnych. Żaden gatunek bakteryalny nie odgrywa w etyologii zapalenia otrzewny wybitnej roli zarazka swoistego.

Bacterium coli commune zaś, uważane przez wielu autorów za organizm swoisty dla zapalenia otrzewny po przedziurawieniu jelita, nie jest przedewszystkiem pod względem bakteryologicznym jednostką, czyli dobrze określonym typem a nazwa ta wobec różnorodności podgatunków (których liczba wynosi 31) musi być uważaną za nazwę zbiorową. W końcu wysnuwają autorzy z wyniku bakteryologicznego badania wysięków brzusznych pewne wnioski, dotyczące dyagnostyki punktu wyjścia, z którego powstało zapalenie otrzewny.

Z powyższego zestawienia widzimy, że co do tego ważnego szczegółu, czy same bakterye chorobotwórcze, wprowadzone do prawidłowej jamy brzusznej, są w stanie wywołać zapalenie otrzewny, czy też zakażenie takie może powstać dopiero na tle już poniekąd przygotowanem, panuje między autorami sprzeczność. Większość badaczów potwierdza wprawdzie zapatrywania G r a w i t z a, według którego same bakterye zapalenia otrzewny nie wywołują; wyniki przeciwne są jednak otrzymane również drogą doświadczalną i reprezentowane przez poważnych autorów. Sprzeczność ta jest jednak tylko pozorną a dotychczasowe nasze wiadomości w dziedzinie fizyologii i patologii już nam pozwalają na wyjaśnienie jej do pewnego stopnia. Jest jasnem, że mechaniczne uszkodzenie otrzewny lub stan patologiczny tej błony, istniejący przed jej zakażeniem, muszą ułatwiać powstawanie zapalenia otrzewny. Na to niemal wszyscy się zgadzają, chodzi więc tylko o to, czy czynniki te są konieczne przy powstawaniu cierpienia, czy też same bakterye mogą wywołać stan zapalny otrzewny. (Ciąg dalszy nastąpi).

Higiena.

T. N. K e l y n a c k: **Jeżdżenie na kole (welocypedzie) pod względem lekarskim.**

W zdrowym ustroju wpływ jazdy na kole uwydatnia się najwięcej i bezpośrednio na czynności serca, sprawiając przyśpieszenie tętna przez cały ciąg jazdy. Mało dotychczas zajmowano się fizycznym rozwojem tych osób, które całemi latami często jeżdżą na kole.

G. Hammond (w Nowym Jorku), badając pewną liczbę kolarzy znalazł u 14 z nich jeżdżących od 5 do 13 lat zwykły przerost serca bez rozszerzenia a pojemność oddechową większą od średniej. Staranne badanie tych 14 słynnych, zawodowych kolarzy nie wykazało żadnego zboczenia w stosie kręgowym. U wszystkich natomiast znaleziono nadmierny przerost mięśni uda i mięśni brzusznych. Zauważono nadto, że kolarze stosunkowo często nabywają złego przyzwyczajenia się oddechania ustami. W ciągu chorób nie zawsze należy zabraniać jazdy na kole. W niektórych przypadkach rozszerzenia serca, w lżejszych przypadkach wad zastawkowych i zwyrodnienia mięśnia sercowego jeżdżenie po równych drogach pod bacznym nadzorem oddaje wielkie usługi. Osoby mające żylaki przez odpowiednio uregulowane jeżdżenie na kole doznają ulgi. W niektórych stanach nerwowych, zwłaszcza w neurastenii i histeryi jazda na kole może mieć wpływ bardzo dobroczynny a często wielkie oddaje usługi w bezsenności.

Ginekologowie przekonali się, że jazda na kole wpływa korzystnie na dolegliwości z nawału do narządów miednicznych pochodzące. Starannie nadzorowana jazda na kole może także oddać ważne usługi w pewnych cierpieniach dróg oddechowych, jak w utajonej gruźlicy.

Ostrożne i mierne użycie koła okazało się nieraz bardzo skutecznem w niestrawności czynnościowej, oraz zatwardzeniu, dnie, moczówce i ogólnej niedokrewności. K. podaje dalej bezstronne zestawienie tego wszystkiego, co dotąd zebrano a co przemawia przeciw jeździe na kole. W każdym przypadku należy indywidualizować; za ogólną jednak regułę uważać można, iż jazda na kole jest przeciwskazaną: w stwardnieniu tętnic, gruźlicy, rozedmie płuc, rozległych chorobach zastawek, duszności, w cierpieniach brzucha i miednicy, otyłości, padaczce i chronicznych cierpieniach mięśni i stawów.

Co do higienicznej strony jazdy na kole, to należy potępiać szybkie i dalekie jazdy u młodzieńców. Szkodliwemi są dalej usiłowania dostania się na szczyt pagórków i jazda pod wiatr. W czasie dłuższej jazdy należy często używać lekkich pokarmów, wystrzegać się użycia wyskoku, wyciągów mięsnych i bodźców jak koka. Kobiety nie powinny jeździć w czasie miesiączki. Ubiór do jazdy powinien być wełniany i takiego kroju, aby jeździec był w ruchach swobodny.

Artykuł autora jest wybornem przedstawieniem korzystnych i niekorzystnych stron, jakie ma pod względem lekarskim jazda na kole; autor wszędzie odwołuje się do literatury, artykuł więc jego zasługuje w całej pełni na uwagę kolarzy i lekarzy. (*The Medical Chronicle*, Kwiecień, 1895).

P. A.

Choroby dzieci.

V i g n a u d o n: *Arthritis blennorrhoica* **u dzieci.**

Autor zebrał 23 przypadki tryprowego zajęcia stawów u dzieci. W 11 punktem wyjścia była *vulvo-vaginitis*, w 12 zaś *conjunctivitis blennorrhoica*. Powikłanie ze strony stawów występuje albo podczas przebiegu choroby przyczynowej, albo nawet po jej wyleczeniu. Zazwyczaj wśród gorączki i niedomagania pojawia się bolesny obrzęk jednego lub kilku stawów, poczem wkrótce objawy ogólne znikają lub słabną i cierpienie się umiejscawia. Najczęściej zajmuje choroba jeden staw, zwykle kolanowy. W zapaleniu biorą udział pochewki sąsiednich ścięgien. Zajęcia innych błon surowiczych, jak osierdzia i t. d. nie zauważono nigdy. Najważniejszym objawem miejscowym jest ból stały, przy dotykaniu i ruchach gwałtownie się wzmagający. Czynność stawu upośledzona nieraz aż do zupełnego zniesienia ruchomości. Obrzęk czasem twardy, czasem podatny. Częstokroć występuje *hydarthros*. Skóra albo blada i połyskująca, albo też napięta i przekrwiona. Ciepłota miejscowa podwyższona. W przypadkach przez autora przytoczonych cierpienie trwało od 5—50 dni. Obrzęki ustępują zwolna, bolesność utrzymuje się przez czas dłuższy. Zesztywnienie stawu zupełne *(ankylosis)* nie wystąpiło w żadnym przypadku. Z powikłań widziano ropienie w stawie a w kilku przypadkach zanik mięśni odpowiedniej kończyny.

Mówiąc o rozpoznaniu radzi V. w każdym przypadku bolesnego obrzęku stawów, który występuje u dzieci wśród gorączki i przedstawia wyżej opisane cechy, obejrzeć części płciowe a znalazłszy wydzielinę badać ją bakteryologicznie. Liczne spostrzeżenia z nowszych czasów wykazały, że zakażenie tryprowe jest u dzieci częstsze, niż dotychczas przypuszczano, a nastąpić może także drogą pośrednią jako to przez gąbki, bieliznę i t. d. Rokowanie jest daleko lepsze niż u dorosłych. Najczęściej choroba ustępuje zupełnie, nie należy jednak zapominać o możliwości ropienia lub zaniku kończyny.

Ponieważ środki wewnętrzne, jak salicylan sodowy, jodek potasu i t. d. pozostają bez skutku, przeto leczenie stosuje się tylko miejscowe. Zasadza się ono na unieruchomieniu kończyny w rynience drucianej, watą wysłanej, po założeniu lekkiego opatrunku uciskającego. Stosować można także miejscowo środki odwodzące jak nalewkę jodową i t. d.. Przy wysięku ropnym wskazany jest zabieg operacyjny.

Następowe lekkie zesztywnienia stawów usuwa się mięsieniem i gimnastyką. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Maj 1895). *Dr. Lang.*

Zapiski terapeutyczne.

103. E. M a r a g l i a n o (profesor kliniki lekarskiej w Genui): L e c z e n i e g r u ź l i c y p ł u c n e j s u r o w i c ą

swoista (według wykładu w *British medical Association*). Jak ustrój sam własnemi siłami walczy przeciw wielu innym zakażeniom, tak również walczy on i przeciw gruźlicy i nieraz z tej walki wychodzi zwycięsko. Jeżeli walczy, to musi mieć środki do tej walki a z pojęcia tych środków wyłonił się szereg różnych metod szczepienia, immunizacyi i wreszcie powstała terapia surowicza.

Pierwsza myśl użycia surowicy do leczenia gruźlicy powstała we Francyi, gdzie użyto do wstrzykiwań krwi albo zwierząt za odporne przeciw gruźlicy uważanych, jak kóz i psów, albo zwierząt, u których przez szczepienie gruźlica starano się wytworzyć swoiste środki ochronne przeciw gruźlicy.

Doświadczenia w tej mierze Richeta i Héricourta, Babesa i innych nie doprowadziły wszakże dotychczas do żadnych stanowczych rezultatów; dlatego autor zajął się tą sprawą i podaje rezultaty swych doświadczeń do wiadomości ogółu, bez żadnej pretensyi, bez entuzyazmu.

Gdy w dotychczasowych doświadczeniach innych autorów starano się o uzyskanie odporności zwierząt przez szczepienie hodowlami gruźlicy ludzkiej lub świnek morskich i skutku zadowalniającego nie uzyskano, używał autor do szczepienia psów, osłów i koni nie hodowli, ale substancyj trujących *(toxische Principien)*, otrzymanych z hodowli a tak mocno trujących, iż zabijały świnki morskie po 2 lub 3 dniach.

Autor nie opisuje, widocznie naumyślnie, ani w jaki sposób otrzymywał owe substancye trujące, ani w jaki szczepił wymienione zwierzęta; oświadcza tylko, że jeżeli człowiekowi cierpiącemu na gruźlicę wstrzyknie się tuberkulinę i surowicę w dostatecznej ilości, nie przychodzi do odczynu ani miejscowego, ani ogólnego.

Z doświadczeń autora na chorych wypada, iż jego surowica swoista działa na rozmaite przypady gruźlicy i to w sposób następujący:

a) n a c i e p ł o t ę. U chorych niegorączkujących nie ma po surowicy innego działania, jak u zdrowych. Dawka jednego centymetra sześciennego nie sprawia żadnego podwyższenia ciepłoty ciała; dawki większe sprawiają tylko przemijające podwyższenie, nieraz nawet bardzo znaczne, co zależy od właściwości indywidualnych danej osoby a bynajmniej nie od wielkości dawki.

To podwyższenie się ciepłoty ciała po użyciu surowicy swoistej nie pochodzi bynajmniej z tej jej swoistości, lecz jest ogólnym objawem działania surowicy, nawet zwierząt zupełnie zdrowych, wcale nieimmunizowanych.

Dalej ów wpływ na podwyższenie ciepłoty nie zależy od ciężkości choroby w danym przypadku. Chorzy na gruźlicę niegorączkujący nie doznają podwyższenia ciepłoty, jeżeli są nawet jamy w płucach, gdy tymczasem nieraz dostają podwyższenia ciepłoty chorzy ze zmianami bardzo ograniczonemi.

Po użyciu wielkich dawek podwyższa się ciepłota na 1 do 2 dni, poczem znów opada.

b) n a s t a n o g ó l n y. Pod wpływem wstrzykiwań doznają chorzy przyjemnego uczucia poprawy stanu ogólnego.

c) n a p r z y p a d y m i e j s c o w e. Wstrzykiwania działają bardzo korzystnie na miejscowe ogniska gruźlicze, nieraz nawet bardzo rychło. W przypadkach niedaleko zaszłych ognisko gruźlicze niejako wysycha, znikają rzężenia i tylko opukiwaniem można wykazać stłumienie.

To pomyślne działanie rzeczonych wstrzykiwań następuje wszakże jedynie w przypadkach, w których niema razem innych mikrobów; im więcej jest przymięszanych innego rodzaju bakteryj, tem mniejszym jest wpływ rzeczonego leczenia.

Wraz z poprawieniem się objawów miejscowych łagodnieje kaszel i bywa coraz mniej plwociny, w której w końcu nie można wykryć właściwych laseczników.

S k u t k i t e r a p e u t y c z n e o g ó l n e. Na podstawie doświadczenia we wszystkich, od najcięższych do najlżejszych formach gruźlicy przychodzi autor do następujących wniosków:

a) przypadki z ogniskami ograniczonemi, nieznaczną gorączką lub bez niej, z samemi tylko laseczmikami właściwemi, bez domieszki lub z małą domieszką innych mikrobów, zazwyczaj doznają stanowczo pomyślnej zmiany. Z 44 chorych tego rodzaju, 24 leczonych systematycznie można było jako zdrowych wypuścić z kliniki; o 20 można tylko tyle powiedzieć, iż się poprawili znacznie, usunęli się jednak zawczas z pod obserwacyi;

b) przypadki z rozlanemi ogniskami zapalnemi w płucach i oskrzelach, bez żadnej lub z małą tylko domieszką obcych mikrobów poprawiły się znacznie, lecz dla krótkości czasu leczenia jeszcze nie ukończyły;

c) w takichże przypadkach ze znaczną domieszką obcych mikrobów skutek leczenia samemi tylko wstrzykiwaniami był nieznaczny;

d) nawet w przypadkach z objawami jam w płucach był pewien skutek;

Na pytanie, czy skutek leczenia jest trwały, odpowiada autor twierdząco, jeżeli leczenie odbywało się dosyć długo, dłużej, niż przypady podmiotowe i przedmiotowe choroby.

Co się tyczy znaczenia uzyskanych przez autora rezultatów terapeutycznych, jest on zdania, że gruźlica ma podobieństwo do kiły; tak jak w kile mimo ustąpienia całkowitego wszelkich objawów nie można chorego uważać za ostatecznie wyleczonego, bo i po kilkudziesięciu latach może choroba niespodziewanie znów się ukazać, tak również w gruźlicy można mówić o wyleczeniu tylko na teraz.

Co się tyczy nadziei, jaką łączyć można z terapią surowiczą w gruźlicy, nie można wymagać i po niej działania nadzwyczajnego, restytuowania zniszczonych tkanek i t. d. W tej mierze nie rozchodzi się o to, jak długo trwa już choroba w płucach, nim dostanie się do leczenia, ale jak rozległe i jakiego stopnia i rodzaju są zmiany przez gruźlicę w organizmie wywołane.

Zmiany ograniczone leczą się oczywiście rychlej i łatwiej, niż zmiany rozległe. Co się zaś tyczy natury zakażenia, to zmiany wywołane przez obecność samych tylko prątków swoistych są dla terapii dostępne; domieszka zaś innych mikrobów, jak dyplokoków i streptokoków przeszkadza tem bardziej skutkom leczenia, im jest większa.

Autor sądzi, że dla jego terapii surowiczej w gruźlicy niema żadnego przeciwskazania; trzeba tylko mieć na uwadze, czego można rozsądnie spodziewać się po terapii i co jest w gruźlicy naturalnym skutkiem przebiegu choroby a co skutkiem leczenia.

Co się tyczy samego leczenia gruźlicy surowicą swoistą, odbywa się ono w ten sposób: W formach bez gorączki wstrzykuje się co drugi dzień po centymetrze sześciennym, po 10 dniach wstrzykuje co dzień tę samą ilość, po dalszych 10 dniach ilość dwa razy większą i t. d.

W przypadkach z gorączką ciągławą *(febris subcontinua)* i temperaturą wyższą nad 38·5° można odrazu wstrzyknąć 10 cm.³, poczem należy czekać 3 dni; jeżeli gorączka obniży się, należy wstrzykiwać dalej po 1 do 2 cm.³ dziennie, w przeciwnym razie wstrzyknąć po 8 dniach znów 10 cm.³ i t. d.

Skutek pomyślny wstrzykiwań ukazuje się niekiedy już po 2 tygodniach; w innych razach trzeba nań czekać i 8 tygodni. Jeżeli już ukazał się skutek pożądany, trzeba leczenie prowadzić dalej przynajmniej przez miesiąc i to najlepiej za pomocą tych samych dawek. Autor sądzi nawet, że byłoby dobrze używać surowicy jeszcze przez rok i to po centymetrze sześciennym na tydzień.

Wstrzykiwania, które nie sprawiają żadnego bolu a zazwyczaj i żadnej miejscowej reakcyi, można robić w każdem

miejscu, najlepiej wszakże tam, gdzie jest wiotka tkanka łączna podskórna, a zatem n. p. u dołu i z boku klatki piersiowej. Oczywiście, że należy przy tem zachować wszelkie prawidła antyseptyki i aseptyki.

Dobre stosunki higieniczne i odpowiednie żywienie chorych wspierają znakomicie leczenie.

Ostatecznie jest autor zdania, że jego surowicą można w przypadkach zmian ograniczonych bez gorączki uzyskać świetne rezultaty, w przypadkach zaś ciężkich nieraz godne uwagi polepszenie. (*Berliner klin. Wochenschrift.* 12. Sierpnia 1895).

104. A. Eulenburg: O nadużywaniu tyroidyny. Odkąd zaczęto prawie bez krytyki i dowolnie przeciw wszystkiemu, co dało się wprowadzić w związek z gruczołem tarczykowym, używać leczenia za pomocą zadawania substancyi tegoż gruczołu a mianowicie od czasu publikacyi Leichtensterna w sprawie leczenia nią otyłości (por. Nr. 51. *Przeglądu lekarskiego* z r. 1894.), powstała w publiczności, osobliwie żeńskiej formalna mania leczenia się przeciw otyłości przetworami tyroidynowemi, szczególniej tabliczkami, na wielką skalę przez rozmaite firmy wyrabianemi a żądającym bez żadnej kontroli lekarskiej sprzedawanemi. Autor przytacza z własnej praktyki przypadek pewnej artystki dramatycznej, która bez ordynacyi lekarskiej na proste zalecenie aptekarza, używała przeciw swej otyłości dziennie po 6 tabliczek tyroidynowych i straciła wprawdzie w ciągu dwóch miesięcy $8^1/_2$ kilograma na ciężarze, dostała jednak ciężkich zboczeń w czynności serca i układu nerwowego obok wodnicy krwi (*hydraemia*). Ten i wiele podobnych przypadków dowodzi, że przetwory gruczołu tarczykowego nie są bynajmniej środkami obojętnymi, że zatem wydawanie ich publiczności powinno odbywać się jedynie za przepisem lekarskim. (*Deutsche med. Wochenschrift.* 15. Sierpnia 1895).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 22. Sierpnia 1895 r.

— W Zapiskach terapeutycznych w niniejszym numerze zdajemy sprawę z pracy prof. Maragliany w Genui o leczeniu gruźlicy płucnej surowicą swoistą, pracy przedstawionej naprzód tegorocznemu zebraniu się *British medical Association* a następnie dziwnym sposobem, bez uprzedzenia o tem zgromadzonych, i kongresowi internistów francuskich w Bordeaux, odbywającemu się między 8. a 14. b. m. Pracą prof. Maragliany zajęły się oczywiście i pisma polityczne, przypisując jej nadzwyczajną doniosłość; praca rzeczona tymczasem nietylko że nie jest nową pod względem myśli zasadniczej, bo ją wyprzedziły w tej mierze doświadczenia Richeta, Viquerata i Paquina, ale nadto całkiem niewłaściwie otacza się tajemnicą co do najważniejszego szczegółu: sposobu otrzymywania toksyn skutecznych i immunizowania niemi zwierząt.

— Ostatni, podwójny (78. i 79.) zeszyt *Odczytów klinicznych* wydawanych przez redakcyę *Gazety lekarskiej* zawiera rzecz o leczeniu gruźlicy stawów, napisaną przez prof. Rydygiera w Krakowie.

— Docent instytutu klinicznego W. Księżny Heleny Pawłowny, Dr. O. Moczutkowski mianowany profesorem honorowym.

— Ostatni (33.) numer tygodnika *das oesterreichische Sanitätswesen* zawiera bardzo dokładny opis (z planami) krakowskiego zakładu Helclów dla chorych nieuleczonych i rekonwalescentów i przedstawienie jego dotychczasowego działania, skreślone przez prof. Dra Ponikłę, dyrektora szpitala św. Łazarza w Krakowie.

— W Nałęczowie w gubernii lubelskiej wzniesiono temi dniami na miejscowym cmentarzu pomnik ś. p. Dra Fortunata Nowickiego, zmarłego w dniu 11. Czerwca 1885., wskrzesiciela tamtejszego zakładu leczniczego. Po ceremonii religijnej skreślił Dr. Chmielewski, teraźniejszy dyrektor zakładu, żywot zmarłego i zasługi jego dla Nałęczowa.

— W Zakopanem przebywało do 20. Sierpnia b. r. 4163 gości; jestto liczba dotychczas nigdy nie bywała.

— W ostatnich wyborach do rad jeneralnych francuskich wybrano na 1443 powołanych 182 a zatem więcej, niż 12·6% doktorów medycyny, co jest dowodem z jednej strony zaufania ludności do stanu lekarskiego, z drugiej zajmowania się lekarzy francuskich sprawami publicznemi.

— Z uwagi, że w Szwajcaryi, osobliwie po dużych miastach samobójstwa pojawiają się zwykle nie odosobnione, ale grupami, w których w krótkim czasie następuje samobójstwo jedno po drugiem, z uwagi więc, iż sugestya i naśladownictwo w tej mierze niewątpliwie znaczną odgrywają rolę, uchwaliło Towarzystwo lekarskie w Bernie (szwajcarskim) życzenie, by pisma codzienne nie donosiły o samobójstwach.

— Na Wołyniu pojawia się ciągle cholera epidemicznie. Od 23. Czerwca do 13. Lipca zachorowało 142, umarło 38 osób, od 21. Lipca do 27. t. m. zachorowało 106, umarło 26 osób. W ostatnich czasach były nawiedzonemi głównie powiaty ostrogski i zasławski. Pisma codzienne doniosły, iż temi dniami pojawił się w Radziwiłłowie nad samą granicą galicyjską przypadek cholery azyatyckiej, zakończony śmiercią.

Od 1. Sierpnia zaczęły pojawiać się w Kociubińczykach (w powiecie husiatyńskim), Jezierzance (w pow. borszczowskim) i Turówce (w pow. skałackim), a zatem powiatach położonych nad samą granicą rosyjską przypadki podejrzane, niekiedy śmiercią zakończone; dokładne jednak badanie kliniczne i bakteryologiczne nie wykazały w nich cholery.

— W ostatniej wojnie chińsko-japońskiej mieli lekarze stanowić aż 4% ogółu zabitych i rannych. *Lyon médical* jest zdania, niewątpliwie słusznego, iż przyczyny tego dopatrywać się należy w dalekonośności najnowszej broni palnej a ztąd niedostatecznem bezpieczeństwie ambulansów polowych i stanowisk pierwszej pomocy.

— **Posada** lekarza wolontaryusza w poznańskim zakładzie dla położnych od 1. Września b. r. Znajomość języka polskiego konieczna. Remuneracya roczna od 1000 do 1500, średnio 1250 marek, nadto bezpłatne mieszkanie, opał i oświetlenie. Posada może być wypowiedziana na cztery tygodnie z góry i nie nadaje prawa do emerytury.

— **Konkurs.** Wydział powiatowy w Brodach w Galicyi rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Podkamieniu. Pensya roczna 500 zlr., 350 zlr. ryczałtu na objazdy i obowiązek utrzymywania apteki domowej. Termin podania się do 31. Października 1895.

— **Nekrologia.** Zmarli: w Warszawie w dniu 14. Sierpnia b. r. w 41. roku życia Dr. **Wacław Kapliński**, w Lublinie w 58. roku życia Dr. **Maurycy Ciechoński**, lekarz naczelny tamtejszego szpitala św. Józefa, w Soedertelge nad jeziorem maelarskiem, major wojska szwedzkiego, **Thure Brandt**, znany wynalazca metody miesienia organów miednicznych.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 33. L. E. Bregman: Przyczynek do rozpoznania syryngomyelii. K. Niedzielski: Przypadek urazowego zapalenia szpiku kostnego kości biodrowej. S. Pechkranc: Epidemia cholery azyatyckiej z r. 1894. w warszawskim szpitalu starozakonnych (statystyka i symptomatologia) (ciąg dalszy). — W *Medycynie* Nrze 33. W. Sawicki: Leczenie surowicą chorych na błonicę (ciąg dalszy). T. Pawłowicz: Przypadek zamknięcia światła kiszek przez kamień żółciowy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Celem obsadzenia posady asystenta przy c. k. szkole położnych we Lwowie z roczna płacą 400 złr. w. a., rozpisuje się niniejszem konkurs.

Powyższa posada będzie nadaną tylko doktorowi wszech nauk lekarskich na przeciąg dwóch lat, po upływie których może być ponownie nadaną na dalsze dwa lata. Asystent c. k. szkoły położnych bezwarunkowo obowiązanym będzie mieszkać w pomieszkaniu przeznaczonem dla niego w Zakładzie. Ubiegający się o tę posadę winni wnieść podania swoje na ręce c. k. krajowego referenta sanitarnego we Lwowie najdalej do końca Sierpnia 1895.

Z Dyrekcyi c. k. szkoły położnych.

Lwów, dnia 2. Sierpnia 1895. 141—3—2

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.